FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges VINCANT

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES DYSENTERIES

Président : M. P. HUTINEL, *professeur*

LANE LIBRARY

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	N. WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

51570

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES DYSENTERIES

INTRODUCTION

Malgré toutes ses supériorités sur les autres animaux, l'homme n'échappe pas à cette loi naturelle qui fait que tout être vivant est en lutte perpétuelle contre des forces adverses. Que ces forces proviennent des éléments mêmes de la nature, ou qu'elles soient dirigées par des êtres organisés, l'homme est obligé de se protéger. Or, un instinct vieux comme le monde l'a conduit à s'unir avec ses semblables afin de mieux résister ou de mieux attaquer.

Ainsi sont nées les agglomérations humaines que les progrès des civilisations ont fait croître et prospérer pour aboutir aux formidables villes modernes.

Mais ces groupements n'ont pas été sans apporter avec eux un certain nombre d'inconvénients dus à l'intensité même de leur vie, et les Dieux durent porter bien souvent la responsabilité de terribles épidémies par quoi ils manifestaient leur colère et leur toute-puissance.

Peu à peu, devant l'effort répété de l'intelligence de l'homme, la Nature a commencé à soulever son voile, et les infiniment grands commencent à tomber dans l'oubli pour faire place aux infiniment petits.

Après le mal on finit par découvrir aussi le remède, et nos grandes villes n'offrent plus que rarement le spectacle de ces grandes épidémies que le défaut d'hygiène de nos pères faisait y renaître comme à plaisir.

La lutte pour la vie a certainement développé dans notre espèce le goût du combat, et nous n'avons pas craint de mettre nos forces au service de nos plus bas instincts : aussi voit-on périodiquement les hommes se former en grandes hordes qui se précipitent avec fureur les unes contre les autres. L'un des résultats les plus constants de ces grands rassemblements, fut sans contredit l'apparition d'épidémies géantes qui souvent anéantissaient une armée bien mieux que n'eût pu le faire le génie d'un grand capitaine ; aussi les armées en campagne ont jusqu'à nos jours conservé ce triste privilège d'être la proie des maladies parasitaires et infectieuses.

L'époque troublée que nous traversons devait donc logiquement entraîner l'apparition d'un grand nombre de ces affections, et aucune ne devait être plus favorable à leur étude. De fait, le début de la guerre fut marqué dans l'armée française par une épidémie de fièvre typhoïde que d'autres armées ont évitée grâce à la vaccination obligatoire qu'elles pos-

sédaient depuis longtemps. Nous perdîmes de ce fait quelques milliers de précieuses existences.

Tout le monde a présentes à la mémoire les 135.000 victimes que le typhus exanthématique a faites en Serbie, et il semble que les armées autrichienne et allemande n'ont jamais pu se débarrasser entièrement de cette terrible infection. Le choléra lui aussi est venu parfois les visiter. L'on sait d'autre part combien furent graves les ravages de la grippe dans les rangs de nos armées et dans nos villes de l'intérieur ; et d'aucuns ne considèrent-ils pas comme une entité nouvelle l'affection décrite sous le nom de fièvre des tranchées.

C'est un lieu commun de dire que la guerre actuelle est une guerre scientifique. La portée impressionnante du canon et sa puissance d'action, la vitesse prodigieuse de l'avion, l'emploi du gaz toxique et le moyen de s'en protéger, sont des notions toutes nouvelles et que le génie humain a créées à cette occasion. Les guerriers de l'ancien temps ignoraient cela, mais nos grandes armées modernes, bien équipées, bien nourries et bien surveillées, ont presque ignoré les grands fléaux que leurs devancières ne manquaient pas d'engendrer, et dont elles mourraient parfois.

De ce côté la guerre européenne a donc bénéficié des acquisitions de la science. La morbidité fut réduite à un minimum ; ce gros facteur d'épuisement des armées passait à l'arrière-plan, et ce serait montrer une crainte singulière du progrès que de regret-

ter que de grosses épidémies n'aient pas mis fin plus tôt aux hostilités.

Le rôle du Service de Santé est donc de premier ordre dans une armée. En France on peut dire qu'il fut servi à la fois par la qualité de son organisation et par l'intelligence de son personnel ; il fut secondé, il est juste de le souligner, par la bonne volonté de soldats pour la grande majorité intelligents et instruits.

La chirurgie a bénéficié de la rapidité des évacuations, amenant le blessé sur la table d'opération dans un temps souvent très court, le mettant à même de recevoir très tôt les soins nécessités par son état, et parant à l'insuffisance d'un premier pansement appliqué dans des conditions fort défectueuses, souvent dans le fracas d'une bataille.

L'installation parfois luxueuse, presque toujours confortable de nos ambulances et de nos hôpitaux de campagne est une innovation de cette guerre qui fut fertile en nouveautés. Dans les unes, le chirurgien a trouvé des installations modernes et complètes, et quelques pas à peine le séparaient de son confrère et collaborateur indispensable le radiographe avec son écran. Dans les autres le médecin a trouvé toutes les ressources de la thérapeutique, et travaillé sous le contrôle et la conduite du laboratoire. Partout secondant le praticien, un personnel dévoué et bien éduqué était fourni soit par l'armée même, soit par les différentes sociétés de secours aux blessés. D'aimables femmes sont venues pencher

leur radieux sourire sur les lits douloureux et dispenser les trésors de tendresse de leur cœur inépuisable. A combien des nôtres tous ces facteurs réunis n'ont-ils pas retenu le souffle sur le point de s'échapper ?

Mais l'une des œuvres les plus utiles du Service de Santé fut certainement le souci constant de l'hygiène des troupes, lequel s'est manifesté par de nombreuses prescriptions : nettoyage des cantonnements, incinération des détritus, désinfections des feuillées, installation de bains douches pour les hommes au repos, surveillance et stérilisation des eaux de boisson.

Qui n'a pas vu nos soldats, profitant de leurs longues heures d'attente dans les tranchées, délaisser le fusil pour se livrer avec acharnement à la poursuite minutieuse des hôtes incommodes qui peuplaient leurs vêtements, ne peut se rendre un compte exact de l'importance de ces centres d'épouillage que l'on a disséminés un peu partout sur le front.

Le tétanos, grand acheveur de blessés, est devenu exceptionnel dans nos rangs grâce aux milliers de flacons de sérum fournis quotidiennement par l'Institut Pasteur, car en effet, chacun de nos blessés peut recevoir son injection préventive presque dans le moment même de sa blessure.

Enfin, la diligence avec laquelle fut appliquée la vaccination antityphique et antiparatyphique, n'a pas tardé à juguler définitivement l'épidémie qui s'abattait sur notre armée en 1914, et depuis, la pra-

tique des revaccinations périodiques, maintenant ce résultat, a fait devenir de plus en plus rares les cas des redoutables infections en cause.

On a donc pu éviter durant cette guerre, au moins sur les fronts les plus importants et par conséquent les mieux organisés, l'éclosion de désastreuses épidémies, et ceci peut être considéré comme étant le but cherché. Il n'en est pas moins vrai que de nombreux cas de maladies infectieuses se sont montrés de façon sporadique ou sous forme de petites épidémies localisées. La dysenterie épidémique par exemple, dont on observait encore de nombreux cas en temps de paix dans certaines garnisons de France et de l'étranger, s'est dévoilée plusieurs fois : en Artois, en Argonne, en Champagne. La dysenterie amibienne est apparue sur notre territoire, apportée par les nombreuses troupes coloniales de l'Entente, ainsi que par nos permissionnaires ou nos rapatriés de l'armée d'Orient.

Nous voulons, dans les pages qui suivent, exposer quelques données nouvelles sur le traitement de ces dysenteries, et en particulier sur le traitement médicamenteux de la dysenterie parasitaire.

Aux Armées, le 1er avril 1919.

CHAPITRE PREMIER

LE TRAITEMENT DES DYSENTERIES

Diététique

Le syndrome dysenterie étant déterminé par des agents microbiens ou parasitaires à localisation intestinale, le tube digestif est le siège de diverses altérations au premier plan desquelles il faut placer ses ulcérations : celles-ci sont plus ou moins étendues et plus ou moins profondes suivant l'agent causal de la maladie ; superficielles et souvent fort étendues dans la dysenterie bacillaire, elles siègent alors sur tout le gros intestin et peuvent se propager à la dernière portion de l'iléon. Moins étendues lorsque l'amibe entre en jeu, elles sont aussi plus profondes, et sont localisées au gros intestin.

Ce processus ulcéreux est redoutable par ses effets et les complications qu'il est capable d'engendrer. C'est la barrière protectrice qui disparaît entre les milieux intra-organiques et le cloaque digestif ; c'est l'hémorragie qui donne à la selle dysenterique ses caractères particuliers et affaiblit l'organisme ;

c'est la fragilité de la muqueuse et sa diminution de valeur fonctionnelle ; c'est la gangrène qui mène à la perforation et à la péritonite ; c'est la porte ouverte sur le milieu intérieur aux germes intestinaux et à leurs toxines.

L'idée qui se présente donc tout d'abord à l'esprit du praticien, est d'instituer pour le dysentérique un régime alimentaire qui, tout en lui fournissant les éléments nutritifs indispensables, devra répondre aux trois indications suivantes : 1° éviter l'apport de toxines alimentaires ; 2° mettre au repos le tube digestif ; 3° créer dans l'intestin un milieu défavorable à la pullulation des germes.

Aussi le régime lacté est-il, et depuis de longues années, employé à juste titre pour l'alimentation du dysentérique, et a-t-il rendu les plus grands services, au moins dans les formes bénignes et moyennes de la maladie.

Mais dans les cas plus graves, son action devient insuffisante et peut être nocive ; il faut le remplacer par une alimentation plus simple encore et plus atoxique : On fait prendre alors au malade du bouillon de légumes finement tamisé, dans la composition duquel il entre classiquement : carottes, petits pois, lentilles et pommes de terre. Ce bouillon, qui ne contient ni beurre ni condiment, est agréable au goût, bien supporté, et suffisamment nutritif pour que son emploi puisse être prolongé durant plusieurs jours.

Parfois le régime doit être encore plus sévère et

réduit à la diète hydrique. Le malade ne prend alors qu e deux à trois litres de thé léger dans les vingt-quatre heures, régime qui doit être remplacé dès qu'une amélioration se produit, par un autre plus nutritif.

La diète hydrique à l'eau bouillie simple ou à l'eau de Vals, reste en tous cas la règle générale à appliquer chez l'enfant et le nourisson au début d'une dysenterie.

Les trois régimes : diète hydrique, bouillon de légumes, régime lacté, constituent, dans leur ordre croissant de nocivité, les trois modalités entre lesquelles doit choisir le médecin en présence d'un malade manifestant les signes du syndrome dysentérique à sa période de début, à sa phase aiguë. Nous croyons pour notre part qu'il y a toujours intérêt à instituer d'emblée l'alimentation au bouillon de légumes à cette période, car c'est elle qui présente le maximum d'avantages en unissant un pouvoir nutritif suffisant à une absence remarquable de déchets et à une saveur qui la fait bien accepter par les malades.

Dès que les médications dirigées contre l'affection manifestent leurs bienfaisants effets ; dès que la muqueuse intestinale, débarrassée des germes qui l'assiègent et de leurs toxines, commence à réparer ses lésions ; dès que, le rectum redevenant perméable, les selles reprennent leur cours normal et offrent l'aspect fécaloïde, dès que disparaît le ténesme, ce symptôme si pénible, il y a lieu de modifier le

régime du dysentérique, et de le remplacer par un autre plus copieux et plus nutritif.

C'est aux féculents qu'il faut s'adresser : tout d'abord en augmentant dans le bouillon de légumes le nombre et le volume des particules que laisse passer le tamis. On obtient ainsi des mets de moins en moins liquides, et qui acheminent vers l'usage de crèmes diverses : crèmes de riz, d'orge, d'avoine, de semoule, et que l'on additionne de lait et de sucre.

On est ainsi conduit à introduire dans l'alimentation du dysentérique en voie de guérison les purées de légumes secs, le riz, le tapioca, l'arrow-root, les pâtes alimentaires telles que les nouilles et le macaroni, le beurre.

Bientôt on lui permet des aliments plus riches en matières protéiques, et par conséquent plus susceptibles de donner lieu à des fermentations putrides, tels les œufs à la coque, les cervelles et les ris de veau bouillis. Mais cette gradation doit être prudente, et ce n'est que guidé par les indications de la clinique et du laboratoire que le médecin évitera les rechutes souvent très graves, en particulier dans l'amibiase intestinale, et introduira l'alimentation carnée sous forme de viandes grillées dans le régime de son malade.

Les indications diététiques ci-dessus sont applicables dans le traitement des dysenteries aiguës bacillaires ou amibiennes, et dans celui des diarrhées dysentériformes provoquées par d'autres

agents, déterminés ou non. Mais la période initiale de l'amibiase intestinale est en général suivie d'une phase chronique entrecoupée de rechutes et qui nécessite une hygiène alimentaire sévère de la part des malades qui en sont atteints.

En dehors des indications particulières posées par les symptômes dyspeptiques indépendants de la maladie elle-même et si fréquents chez les anciens coloniaux, le régime du dysentérique chronique a pour base les féculents et le lait, les gelées et les compotes de fruits. On peut également soumettre ces malades à des cures de fruits (raisin). C'est enfin un régime pauvre en albuminoïdes, composé surtout d'hydrates de carbone, et destiné à réduire au minimum les fermentations intestinales.

Traitement préventif et prophylaxie

Nous ne dirons que peu de mots sur le traitement prophylactique des dysenteries aussi bien que sur leur traitement préventif.

L'immunisation passive ne se pose que dans le cas de dysenterie bacillaire qui seule jusqu'ici est justiciable de la sérothérapie. Encore l'injection de sérum antidysentérique à titre préventif ne donne-t-elle qu'une protection de courte durée (10-15 jours), et ne peut-elle de ce fait entrer dans la grande pratique. Tout au plus peut on l'employer dans le milieu familial en temps d'épidémie. Netter administre con-

curremment une potion de 2 à 3 grammes de chlorure de calcium pour éviter les accidents sériques. Les essais d'immunisation active par injection de cultures stérilisées n'ont pas donné, entre les mains de Shiga, Castellani, J.-D. Thomson, de résultats satisfaisants.

Aussi la pophylaxie demeure-t-elle la seule méthode capable de mettre à l'abri de ces infections l'individu et la collectivité.

Comme l'a écrit H. Vincent : « La dysenterie bacillaire et la dysenterie amibienne présentent un grand nombre de facteurs étiologiques communs. En conséquence la prophylaxie des deux affections comporte des règles applicables à l'une et à l'autre. » Ces règles se résument dans l'isolement des malades, avec stérilisation de leurs vêtements, de leur linge, de leur appareil de couchage, et désinfection de leurs excreta. Les locaux destinés aux collectivités (maisons ouvrières, casernes, camps, hopitaux) doivent être soumis aux règles connues de l'hygiène, les latrines et les cuisines devant faire l'objet d'une surveillance spéciale. Le personnel (infirmiers, cuisiniers) doit être dressé aux habitudes de scrupuleuse propreté. Dans les armées en campagne, les vivres, qui malheureusement passent par trop de mains diverses avant d'être consommées, doivent être surveillées dans leurs déplacements, et leur souillure évitée. Les cantonnements doivent être nettoyés, les eaux de boisson contrôlées et stérilisées, les feuillées toujours désinfectées, les mouches détruites. Dans

tous les cas, les porteurs de germes doivent être dépistés et soignés et l'esprit du médecin doit être en éveil dans les cas de diarrhée d'apparence bénigne. Enfin les hommes doivent être mis à l'abri de tout surmenage trop intense qui les met en état de moindre résistance, et doivent éviter le refroidissement de l'abdomen, d'où l'obligation pour les médecins des corps de troupe, de veiller au port régulier de la ceinture de flanelle.

Ces règles trouvent leur application également aux pays chauds, mais c'est surtout dans ces régions que l'hygiène alimentaire prend toute son importance. La stérilisation des eaux de boisson s'y place en premier lieu, et l'usage des légumes crus doit y être proscrit, car c'est par l'eau et par les légumes souillés que se propage habituellement l'amibiase intestinale, et F. Noc a pu écrire, parlant de cette dernière : « Il faut répandre la notion que la maladie est évitable, grâce aux mesures d'hygiène individuelle. »

—

Traitement curatif

Jusqu'ici nous n'avons visé dans la diététique et la prophylaxie que le syndrome dysenterie en général, et nous n'avons que peu distingué parmi ses facteurs déterminants. Or, les nombreux travaux qui se sont succédés sur ce sujet dans le dernier quart de siècle dernier, tant en France qu'à l'étran-

ger, ont mis en lumière l'existence de deux entités morbides ; l'une d'origine microbienne et l'autre d'origine parasitaire, donnant lieu à des manifestations analogues.

C'est Councilmann et Lafleur, en Amérique, qui eurent le mérite de faire une distinction dans les dysenteries, distinction déjà entrevue par Lutz en 1891. C'est en 1898 que Shiga, au Japon, établit d'une façon définitive le rôle pathogène du bacille qui porte son nom, bacille signalé dix ans auparavant par Widal et Chantemesse. Enfin, Flexner, Strong, décrivent des bacilles voisins de celui de Shiga.

La première amibe est trouvée par Lambl, de Prague, en 1859. Koch, plus tard, trouve des amibes chez les dysentériques en Egypte, et Kartulis les voit dans les abcès du foie. C'est Lœsch en 1875 qui met en évidence leur rôle pathogène en reproduisant une dysenterie expérimentale chez le chien.

Depuis lors, des travaux de plus en plus nombreux ont étayé sur des bases solides l'existence de dysenteries bacillaires et de dysenteries amibiennes, et ont de plus décrit des dysenteries, exceptionnelles il est vrai, à agents divers, telles les dysenteries à cocco-bacilles (Lesage, Métin), à Balantidium coli (Strong et Musgrave, Solawiev), à spirilles (Le Dantec), à Bilharzia (Firket), à Chilodon dentatus (Guiart), les dysenteries à Trichomonas, à Cercomonas, à Lamblia. L'enterocoque, le bacille pyocyanique, le Proteus vulgaris ont été signalés.

Le syndrome engendré par ces germes multiples,

et pour lequel le laboratoire doit souvent intervenir dans la détermination étiologique, a donné naissance à une thérapeutique riche en médications, et que nous nous proposons d'examiner rapidement dans ses applications et dans ses résultats.

A) *Dysenterie bacillaire*

Sérothérapie. — La dysenterie bacillaire est de tous les pays et de tous les climats, et c'est contre elle que nous sommes le mieux armés. En effet, Shiga, en 1898, immunisant de grands animaux (chèvre, âne, cheval) contre son bacille, obtient un sérum qu'il applique à l'homme. Il fait ainsi baisser la léthalité, qui était au Japon de 35,4 o/o, à 10,8 o/o. Il observe que les effets de son sérum se traduisent par une diminution rapide du nombre des selles, un apaisement des douleurs abdominales et du ténesme, une cessation de la fièvre et une amélioration de l'état général, avec guérison rapide. Kruse, en 1903, obtient un sérum par inoculation de cultures mortes, puis vivantes. Todd, par injection de toxines, obtient un sérum antitoxique. Rosenthal et Moreau, en 1903, obtiennent un sérum antitoxique et antimicrobien. Enfin, en 1905, Vaillard et Dopter présentent un mémoire sur la sérothérapie antidysentérique et, en 1907, n'accusent que sept décès sur trente-deux cas mortels, sur un total de 512 observations.

Telles sont les étapes qui ont conduit à la sérothérapie de la dysenterie épidémique, telle que nous l'appliquons à l'heure actuelle. Les règles de son emploi ont été fixées par Dopter.

Ce dernier conseille de juger de la gravité d'une dysenterie, non seulement sur le nombre de selles en vingt-quatre heures, mais encore sur les symptômes généraux dus à la toxémie. Il distingue alors des cas moyens, sévères, graves, très graves, et injecte dans les premiers vingt centimètres cubes de sérum sous la peau de l'abdomen, quitte à renouveler cette dose le lendemain si les symptômes ne s'amendent pas.

Dans les cas graves, il injecte d'emblée 40 à 60 centimètres cubes, dose qui peut être élevée jusqu'à 100 centimètres cubes par jour en deux injections, et il continue les injections en doses décroissantes dans les jours qui suivent. Chez l'enfant, il réduit les quantités de moitié, et chez le nourrisson, des trois quarts.

Il observe que les effets du traitement ainsi conduit sont : en premier lieu, la diminution de la mortalité ; en second lieu, la diminution de la durée de la maladie qui s'amende dans les cas récents en quarante-huit heures. Les symptômes : colique, épreinte, ténesme, s'apaisent dans les heures qui suivent l'injection, procurant au malade un véritable « sentiment d'euphorie » (H. Vincent). Le sommeil redevient possible, les selles deviennent fécaloïdes et diminuent de fréquence. Dans les cas anciens, ces

résultats sont plus lents à se manifester et s'obtiennent en trois, quatre, cinq jours et plus.

Les accidents sont rares et sont ceux que l'on observe lorsque l'on injecte du sérum de cheval dans l'organisme humain. Ils consistent en érythèmes, urticaire, arthralgies, myalgies. Quelques phénomènes d'anaphylaxie ont été signalés. Ces accidents peuvent être évités dans une certaine mesure par l'emploi du chlorure de calcium.

Nous avons donc dans la sérothérapie un traitement spécifique de la dysenterie, et dont l'efficacité a été confirmée par de nombreux auteurs. Nous-même, au cours de cette guerre, avons eu l'occasion d'observer, aux mois de juin et juillet 1915, dans le groupe d'artillerie dont nous sommes médecin, une petite épidémie de dysenterie bacillaire. Nos malades nous en avaient imposé au début pour être atteints de diarrhée banale. Mais ils avaient résisté aux purgatifs et aux préparations opiacées, et n'avaient pas tardé à présenter des selles sanglantes au nombre de vingt à trente par vingt-quatre heures, avec ténesme, et affaiblissement rapide de l'état général. Les six cas que nous avons observés et traités ont cédé avec une rapidité remarquable à l'injection de vingt centimètres cubes chacun de sérum antidysentérique.

Médications non spécifiques. — Il existe à côté de la sérothérapie un certain nombre de médications depuis longtemps appliquées au traitement de la dy-

senterie bacillaire, mais dont l'action ne peut soutenir le parallèle avec la première, qui doit trouver son application dans toute dysenterie bacillaire aiguë ou même chronique : nous voulons parler des médications par les pilules de Segond, par les purgatifs et par l'opium.

Nous rappelons ici la formule des pilules de Segond :

Poudre d'ipéca.....	0,05
Calomel	0,02
Extrait d'opium.....	0,01
Miel blanc.....	Q.S.pour une pilule

On en donne deux à six par jour, et l'on peut en attendre la guérison assez rapide dans les formes moyennes de la maladie.

De même pour le sulfate de soude que l'on donne à la dose de 10 grammes *pro die*, associé à l'opium ; mais il faut se méfier de ce dernier qui bouche l'intestin et entretient le vomissement. Bon nombre d'autres médicaments ont été jadis employés dans le traitement des dysenteries bacillaires, et que nous trouverons dans la thérapeutique de l'amibiase. Ils ont perdu de leur notoriété devant un adversaire tel que le sérum ; aussi ne les citerons-nous pas.

Médications adjuvantes. — Ce sont autant de médications symptomatiques qui trouvent ici leur raison d'être comme dans d'autres affections. C'est ainsi que les vomissements peuvent être combattus

par l'application de glace au creux épigastrique et et par la révulsion de cette région au moyen du chlorure d'éthyle. Enfin l'hypothèse a été émise par C.-J. Parhon (de Jassy) que les dysentériques sont en état d'insuffisance surrénale, et il propose de recourir à l'adrénaline. Cette opinion a été soutenue par A. Netter qui emploie systématiquement ce médicament dans tous les cas d'adynamie au cours des maladies infectieuses, et par R. Oppenheim. D'autre part, les communications de Remlinger et Dumas nous font connaître que cinq de leurs malades observés au cours de l'épidémie de l'Argonne en 1915 sont morts de surrénalite aiguë. Aussi, pourra-t-on bien se trouver de recourir, lorsqu'il y aura lieu, aux injections sous-cutanées de la solution d'adrénaline au millième.

B) *Dysenterie amibienne*

Dans ce domaine, la thérapeutique est riche, et sa richesse même témoigne de l'impuissance dans laquelle se trouve trop souvent le médecin lorsqu'il lui faut engager la lutte contre l'amibe.

C'est qu'en effet les produits solubles de cette dernière, si tant est qu'ils existent, n'ont pu être jusqu'ici isolés, et tous les essais tentés pour arriver à créer l'immunité ou la sérothérapie anti-amibienne sont restés infructueux. Aussi peut-on dire que c'est à l'antisepsie sous des formes variées que doit s'adresser le praticien.

Avec F. Noc nous distinguerons trois catégories de médicaments dirigés contre l'amibiase intestinale.

I. Les antiseptiques par action cholagogue.

II. Les antiseptiques par action directe.

III. Les antiseptiques par action modificatrice de la flore intestinale.

Nous examinerons de plus une quatrième classe de médicaments qui trouvent leur utilisation comme adjuvants.

I. — *Antiseptiques par action cholagogue*

1° *Ipéca.* — Le plus connu de tous, et depuis longtemps employé, est l'ipéca : ipéca en poudre, ipéca à la brésilienne. C'est lui qui durant de longues années a constitué le seul remède efficace des dysentériques aux colonies, et nombreux sont les services qu'il y a rendus.

Nous rappelons ici ses deux modes d'administration, le second plus fidèle que le premier.

Potion à l'ipéca :

Racines d'ipéca concassées	2 gr.
Eau.....	150 gr.

faire bouillir un quart d'heure, passer et ajouter

Sirop d'opium.....	30 gr.

à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Ipéca à la brésilienne : faire macérer pendant vingt-quatre heures, 8 grammes de racines d'ipéca concassées dans 200 grammes d'eau. Décanter et verser sur le marc 200 grammes d'eau bouillante. Décanter et faire une décoction du même marc avec 200 grammes d'eau. On obtient ainsi trois solutions dénommées : ipéca n° 1, n° 2 et n° 3 que le malade prend successivement en trois jours, par cuillerées à café ou à bouche d'heure en heure, afin d'éviter l'effet nauséeux.

Cette façon de donner l'ipéca produit de bons résultats surtout au début de la dysenterie, et influe favorablement sur le nombre des selles, sur leur consistance et sur les douleurs abdominales. Elle demande à être complétée et suivie par un régime alimentaire bien conduit et un traitement local de l'intestin.

2° *Émétine et arsenicaux.* — Certains médecins avaient pensé, afin d'éviter l'action nauséeuse de l'ipéca, à lui soustraire son alcaloïde, l'émétine, mais on n'a pas tardé à s'apercevoir qu'on s'enfonçait dans l'erreur, à tel point qu'à l'heure actuelle, l'ipéca a cédé la place à l'émétine qui représente son produit actif.

L'émétine en effet est douée de propriétés amibicides constatées par Vedder dans les cultures d'amibes et L. Rogers dans les selles des dysentériques, ce qui en fait un médicament spécifique du protozoaire en cause.

On l'administre à l'homme sous forme de chlorhydrate ou de bromhydrate, et M. Chauffard le premier en France en a montré les bons effets dans l'amibiase hépatique. Laval puis Dopter, dans l'amibiase intestinale ont obtenu les plus brillants succès. Ce dernier injecte au moins 4 centigrammes par jour jusqu'à terminaison de la crise, et continue le traitement pendant cinq à six jours après l'apparition de la première selle moulée. Cette dose peut être portée à 8 et 10 centigrammes dans les cas graves, et M. Chauffard s'est élevé de son côté contre l'administration de doses insuffisantes.

« Mais si elle agit rapidement sur les amibes intra organiques, logées dans le foie ou les parois de l'intestin, l'émétine n'a aucune action sur les amibes extraorganiques, c'est-à-dire qui sont dans la lumière de l'instestin » (H. Vincent). En particulier elle reste sans action sur les kystes amibiens, et Marchoux le premier a signalé des kystes dans les selles d'un dysentérique récemment traité par l'émétine ; aussi, ce médicament ne met-il pas le malade à l'abri des rechutes habituelles de l'amibiase.

Ces constatations ont conduit M. Chauffard à instituer le traitement prolongé par cures successives, comme on le ferait avec la quinine pour le paludisme, et M. Marchoux à employer concurremment à l'émétine les lavements antiseptiques dont nous parlerons tout à l'heure. Mais là encore les espoirs n'ont pas été entièrement réalisés.

D'autre part l'emploi de l'émétine n'est pas sans

offrir des inconvénients, surtout aux fortes doses préconisées à l'heure actuelle, et l'on est parfois amené à constater sous son influence des phénomènes de défaillance cardiaque, de la tachychardie, de la dépression générale, des douleurs aux membres inférieurs (Guglielminetti, Ravaut).

On a été alors conduit à introduire dans le traitement de la dysenterie amibienne les arsenic organiques. Mauté emploie le novarsenobenzol en injections hebdomadaires, à la dose initiale de 15 centigrammes, et augmente de 15 centigrammes chaque semaine pendant cinq semaines.

MM. Milian, Ravaut et Krolunitsky ont obtenu de bons résultats de ce médicament, que ces derniers administrent par voie buccale sous forme de capsules kératinisées de 5 centigrammes à raison de deux à quatre par jour.

Ajoutons à l'actif de la médication que Noc la considère comme très utile également pour relever l'état général, atteint si souvent chez les malades qui nous occupent.

3° *Iodure double d'émétine et de bismuth* ; *traitement mixte*. La fréquence de l'amibiase au cours de cette guerre chez les troupes africaines amenées sur notre territoire, et sa diffusion par ces mêmes troupes dans les contingents métropolitains, a permis aux chercheurs de perfectionner la technique de la médication de cette maladie par l'émétine et les arsenic organiques.

Un chimiste anglais, M. Du Mey a préconisé l'emploi d'un nouveau produit, l'iodure double d'émétine et de bismuth qui, absorbé par la voie buccale, enrobé dans du gluten, mettrait en liberté dans l'intestin de l'émétine naissante.

Lebœuf en France a rapporté le premier les intéressants résultats qu'il a obtenus, et, récemment M. Ravaut, après une pratique de cette méthode durant toute une année, en expose les bons effets sur les porteurs de kystes, malgré les troubles intestinaux et de dépression générale qu'engendre le médicament.

Mais les échecs restent nombreux, en regard de succès peut être définitifs, et obtenus avec plus ou moins de rapidité.

D'après J. Carles, la cause de ces insuccès doit être trouvée dans la concomitance d'une infection par d'autres parasites (Trichomonas, Tetramitus, etc), et, en particulier par Lamblia. Ces parasites vivent en symbiose dans un intestin déjà atteint antérieurement par des crises d'entérite banale, exaltant le pouvoir de résistance de l'amibe spécifique à l'action médicamenteuse. Cet auteur considère également comme cause d'échecs dans le traitement de l'amibiase chronique, l'existence de troubles secrétoires de l'intestin, de phénomènes de fermentations ou d'une entéro-névrose, affections réclamant leur traitement propre avant l'intervention contre l'amibe.

Partant de cette idée que l'amibiase, affection parasitaire devenant chronique, doit être à son début

traitée énergiquement tout comme la syphilis et le paludisme, MM. Ravaut et Krolunitsky ont proposé un traitement mixte, réunissant dans la même cure les deux agents réputés jusqu'ici les plus actifs; nous avons nommé l'émétine et le novarsenobenzol. Ils font en quarante jours une cure de blanchiment au moyen d'injections sous-cutanées et intraveineuses de ces deux agents alternés, et retirent de bons effets de cette pratique, dans les amibiases aiguës non encore traitées, dans les complications hépatiques récentes de cette maladie, ainsi que dans les crises subaiguës. Ils conseillent ensuite des cures d'entretien périodiques, au moyen de ces deux mêmes médicaments, mais administrés cette fois par voie buccale en capsules kératinisées, seule forme sous laquelle ils sont capables d'agir sur les amibes extra-organiques et les kystes. Les porteurs de kystes sont naturellement traités de cette façon.

4° *Kho-San.* — D'autres médicaments ont été vantés pour leur action dans les dysenteries des pays chauds. Ce sont le Kho-San graine de Bucca Sumatrana; l'Ailanthus glandulosa, et enfin le Simarouba officinalis, que l'on donne sous forme de decoctions à 5 ou 10 pour 1000. Ces divers produits, malgré leur action indéniable, n'ont pu détroner l'ipéca qu'ils visaient à remplacer en raison de son action vomitive, et ont en tous cas dû céder le pas au chlorhydrate d'émétine.

5° *Purgatifs.* — Il y aurait lieu de s'étonner si les

purgatifs n'avaient pas occupé une place dans la thérapeutique des dysenteries, en raison de la localisation intestinale des agents infectieux producteurs de ces maladies. De fait, ils ont été et sont encore journellement employés chez les dysentériques, et, à défaut de spécificité il faut leur accorder un rôle adjuvant utile.

C'est qu'en effet le dysentérique est un constipé, et un laxatif huileux ou cholagoque peut intervenir utilement dans les troubles fonctionnels de l'intestin. Un purgatif salin sera la chasse d'eau bienfaisante qui débarassera ce canal des impuretés qui l'encombrent.

Le sulfate de soude peut être donné à la dose de 30 grammes le premier jour, et à doses décroissantes les jours suivants. Une autre méthode consiste à l'administrer à petites doses (5 à 10 gr.) répétées plusieurs fois par jour jusqu'à effet purgatif. On arrive ainsi à régulariser les selles, à leur donner l'aspect fécaloïde, à les débarrasser du mucus qu'elle contiennent.

L'huile de ricin, en raison de son action peu irritante sur la muqueuse intestinale, trouve ses indications.

Enfin le calomel agit d'abord comme antiparasitaire sur les helminthes que les dysentériques abritent souvent dans leur intestin, et ensuite comme cholagogue. En effet, J. Grall et P. Hornus écrivent dans leur étude sur la coprologie des dysentéries : « L'apparition de bile liquide, qui se rencontre, et le fait mérite d'être souligné, non seule-

ment dans l'amibienne, mais encore dans les deux variétés types de la bacillaire, a une signification des plus précises : elle est symptomatique d'un hyperfonctionnement des cellules hépatiques plus ou moins profondément lésées par les toxines infectieuses. »

On donne le calomel soit seul, à dose purgative en une seule fois, ou à dose fractionnée plusieurs fois dans la journée, soit sous forme de pilules de Segond (voir formule plus haut), dont les effets ont de tous temps été vantés. Dans tous les cas, il faut surveiller l'apparition de la stomatite mercurielle, qui doit faire cesser l'emploi du médicament.

II. — *Antiseptiques par action directe*

Les médications consistent en opérations destinées à porter *loco dolenti* des substances antiseptiques ou cicatrisantes destinées à agir sur le protozoaire et ses kystes, ainsi que sur les lésions de la muqueuse intestinale.

Bien peu de substances antiseptiques n'ont pas été employées dans ce but : elles s'administrent en lavages intestinaux, en pansements, en lavages pansements.

1° *Lavages et lavements.* — Ils contiennent en dissolution une substance antiseptique. Le malade doit les recevoir couché sur le côté droit, et par le moyen de la sonde rectale longue. Le liquide, tiédi, doit pénétrer très lentement pour éviter de provoquer

la douleur, et pour se répartir sur la muqueuse du rectum, du côlon et du cœcum. Cette opération doit être précédée d'un lavage évacuateur à l'eau physiologique.

Les substances employées sont : l'acide borique à 20 pour 1.000 (Le Dantec), le nitrate d'argent à 0,50 pour 1000 et le permanganate de potasse à 0,50 pour 1000 ; le bleu de méthylène, l'eau oxygénée étendue, la teinture d'iode, l'ichtyol, le sulfate de cuivre, le sulfate de quinine, la créosote, et l'hypochlorite de soude (H. Vincent).

Ces deux derniers médicaments jouissent, comme le sulfate de quinine, de propriétés amibicides constatées *in vitro*. Le premier a l'inconvénient d'être toxique et de pouvoir être absorbé au niveau des ulcérations de la muqueuse intestinale.

Nous donnons les formules employées :

Lavement créosoté :

Huile d'amande douce.....	300 cc.
Créosote.....	30 gr.
Laudanum de Sydenham.....	3 gr.

Deux cuillerées à bouche de cette solution dans un verre d'eau tiède : émulsionner avec un jaune d'œuf.

Lavage à l'hypochlorite :

Eau de Labarraque.....	10 à 12 gr.
Chlorure de sodium.....	5 gr.
Eau distillée.....	1.000 gr.

pour un lavage auquel on peut ajouter vingt à trente gouttes de teinture d'opium (H. Vincent).

2° *Pansements.* — Ils se font au moyen d'un rectoscope sous le contrôle duquel on fait des badigeonnages des lésions intestinales avec des solutions de nitrate d'argent au centième, de permanganate à 2 pour 100, ou de bleu de méthylène.

On peut également faire des insufflations de dermatol. Mais cette méthode ne peut viser que les lésions dysentériques de la partie terminale du gros intestin.

3° *Lavages pansements.* — Préconisés par Le Dantec, ils consistent à administrer un grand lavage de un litre, contenant en suspension 20 grammes de sous-nitrate de bismuth ou 20 grammes de dermatol.

4° *Lavements gazeux.* — Ils peuvent rendre des services sous forme de lavements d'ozone, de chloroforme ou d'acide sulfureux.

III. — *Médications par action modificatrice de la flore intestinale*

Ce sont d'abord, en dehors des purgatifs, les antiseptiques intestinaux ou réputés tels : plusieurs d'entre eux sont irritants pour la muqueuse digestive, de par leur action propre (acide salicylique), ou celle de leurs produits de décomposition (salol, bétol, eucalyptol). Ils doivent être à ce titre employés avec prudence. Les antiseptiques naphtolés (naphtol β,

benzonaphtol) de même, ne doivent tenir qu'une place peu importante dans le traitement des dysenteries.

Les astringents tels que les préparations de tanin, sont d'énergiques constipants, qui peuvent temporairement être indiqués. On peut donner le tanalbine ou le tanigène par prises de 0 gr. 50, trois ou quatre fois dans la journée.

Il faut se méfier du sous-nitrate de bismuth, susceptible d'être absorbé au niveau des ulcérations intestinales et de donner lieu à des accidents d'intoxication (liseré ginginal, albuminurie, diarrhée sanglante).

Le soufre a été employé chez l'enfant aux fortes doses de 0 gr. 50 par année d'âge.

Enfin l'acide lactique, en raison de son action sur les fermentations putrides, devait logiquement jouer son rôle dans le tube digestif du dysentérique : on lui préfère de beaucoup les ferments lactiques, administrés sous forme d'aliments médicaments (képhir, lait caillé, bouillons lactiques), ou sous forme de cultures sèches (lactobacilline, lactozymase, lactéol), avec un régime riche en hydrates de carbone. « Leurs effets antiputrides, écrit Noc, sont tels que leur usage doit être recommandé sans hésitation dans la plupart des cas de diarrhée d'origine exotique. »

IV. — *Médications adjuvantes et symptomatiques*

1° *Antihelmintiques.* — Nous signalons les antihelminthiques comme adjuvants dans le traitement des dysenteries, car les parasites intestinaux sont communs chez les malades aux pays chauds. Dans nos régions même, le lombric, l'ankylostome, le trichocéphale sont fréquents. Le calomel associé à la santonine (0 gr. 10 pour un adulte, 1 centigramme par année d'âge chez l'enfant), auront raison du premier. Le thymol (4 à 6 grammes) s'adressera utilement aux deux derniers ;

2° *Sérum artificiel.* — Les injections sous-cutanées de sérum artificiel sont employées, lorsque l'état général demande à être relevé au cours d'une crise aiguë : en particulier dans le cas de dysenterie hémorragique, où son action se fait sentir à la fois sur les processus hémorragique et infectieux. On injectera chaque jour 200 à 300 centimètres cubes de la solution physiologique, ou mieux du sérum de Hayem au sulfate de soude ;

3° L'alcool, en cas de tendance au collapsus peut être administré sous forme de champagne frappé ;

4° Les symptômes douloureux peuvent être utilement combattus par les cataplasmes laudanisés, les compresses chaudes sur l'abdomen, les suppositoires à la cocaïne, à la belladone. L'opium, nous l'avons dit, doit être manié avec prudence ;

5° Enfin, tous les auteurs s'accordent à dire que la quinine doit toujours être donnée aux dysentériques d'origine amibienne. Cette pratique qui date de l'époque où l'on croyait à l'origine palustre de la dysenterie et des abcès du foie, se continue de nos jours, car « les accès palustres même frustes ou légers amènent très souvent chez les coloniaux un retour offensif de la dysenterie amibienne » (H. Vincent). On donnera la quinine par la bouche ou de préférence en injections sous-cutanées ;

6° Le fer et l'arsenic sont donnés comme toniques et reconstituants chez les dysentériques chroniques et les anémiés. Leur emploi dans ce cas n'offre rien de particulier.

CHAPITRE II

Nous venons d'étudier les divers moyens employés jusqu'ici pour combattre les dysenteries. Nous avons vu que la dysenterie bacillaire, maladie infectieuse, avait bénéficié de cette admirable méthode sérothérapique, qui chaque jour fait ses preuves en clinique et répand ses inestimables bienfaits ; qui chaque jour aussi, accusant un nouveau progrès, empiète un peu plus sur le domaine de la souffrance.

Nous avons vu que la dysenterie amibienne, maladie parasitaire bien définie, avait elle aussi de rudes adversaires. Nous avons enfin mentionné la notion de toutes ces diarrhées dysentériformes à agents infectieux ou parasitaires variés, qui n'ont pas toujours leur place bien fixée dans le cadre nosologique, et dont la thérapeutique relève souvent de l'arsenal que l'empirisme de nos pères nous a heureusement légué.

Mais toute méthode thérapeutique a ses insuccès, et la sérothérapie nous en offre des exemples. Si un Shiga sérum se montre également actif contre une dysenterie à type Flexner (Dopter), et si nous possédons des sérums polyvalent, il existe néanmoins des

dysenteries pour lesquelles ce dernier reste inefficace, et Remlinger et Dumas ont décrit au cours de cette guerre deux agents dysentériques résistant à son action.

Si l'émétine se montre généralement efficace au cours d'une crise aiguë d'amibiase, elle compte également des insuccès, et nous avons vu qu'elle est à peu près dénuée d'action vis-à-vis de cette affection passée à l'état chronique.

L'arsenobenzol enfin, antiparasitaire merveilleux, et à ce titre introduit avec succès dans le traitement de l'amibiase chronique se révèle parfois infidèle, et nombreux sont les cas où l'amibe se montre, pour une raison ou pour une autre, réfractaire à son action.

Parmi les nombreux travaux parus, et les nombreuses communications faites durant la guerre sur le sujet qui nous occupe, notre attention a été fixée par un médicament nouveau, inconnu jusqu'ici dans la thérapeutique usuelle, et dont mention a été faite pour la première fois par MM. Florand et Malleterre, à la Société médicale des Hôpitaux, le 16 juin 1916. Le 2 février 1917, les mêmes auteurs exposaient à la même société les résultats obtenus chez 65 de leurs malades du service des contagieux du Val-de-Grâce, atteints de dysenteries à agents variés, et, depuis ce temps, la méthode a été appliquée chez des centaines d'autres malades.

Nous avons l'intention d'étudier ici cette méthode, de mettre en lumière les résultats qu'elle a donnés,

et d'en poser les indications. Elle repose sur l'association d'une diététique appropriée et de l'administration d'extrait de Garcinia Mangostana.

Caractères botaniques. — Garcinia Mangostana (Linné) fait partie de la tribu des Garciniées, famille des Guttifères, voisine des Hypericinées de nos pays. C'est un arbre de 20 à 25 mètres de hauteur, à feuilles coriaces et à fruit globuleux dont les graines sont recouvertes d'un arille blanc, sucré et aromatique. Il vit dans les régions tropicales de l'Asie, en Océanie, et son fruit (mangoustan), est bien connu des explorateurs et des coloniaux.

Le produit et son mode d'emploi. — MM. Carpentier et De la Mothe, qui sont les promoteurs de l'emploi de cette plante, ont fait un extrait de l'écorce, qui se présente sous l'aspect d'un liquide brun à saveur amère. Il se conserve bien et se montre dénué de toxicité aux doses ordinaires. Administré à fortes doses, il provoque des nausées et des vomissements.

Dans la majorité des cas, le traitement est appliqué de la façon suivante: le malade est couché et mis à la diète. Il prend par vingt-quatre heures et pendant deux jours, 2 à 3 litres de thé, sucrés de 100 grammes de sucre par litre. Le troisième jour, on lui administre l'extrait de garcinia à doses fractionnées. Il prend 5 grammes toutes les demi-heures pendant six heures consécutives: en tout 60 grs. Le quatrième jour il reste au thé, et le cinquième on

lui permet un repas de riz et de cacao cuits à l'eau. On augmente par la suite le nombre de ces repas, et ce régime est suivi jusqu'au treizième jour où le malade commence à manger des pâtes cuites à l'eau et sans beurre. Vers le vingtième jour, on autorise les viandes grillées et les viandes blanches, et vers le trentième, les sauces et le vin.

Bien entendu, la progression dans le régime est subordonnée à l'allure des symptômes cliniques et aux résultats des examens des selles. Si la marche de la maladie ne donne pas toute satisfaction, on peut être amené à donner une nouvelle fois du médicament : on le donne alors d'une façon moins massive mais plus soutenue, et le malade absorbe 2 à 3 cuillerées à café pendant quatre à cinq jours.

Résultats. — Dans ces conditions, voici, exposés par MM. Florand et Malleterre, les résultats cliniques obtenus à la suite de l'ingestion du médicament: « Après avoir observé une amélioration immédiate avec chute du nombre des selles, de 20 ou plus à 1 ou 2, dès le deuxième et le troisième jour la disparition des douleurs abdominales et du ténesme et le retour du sommeil, la disparition du sang et des glaires, les selles deviennent pâteuses vers le cinquième jour, moulées vers le septième en moyenne. »

Nous allons d'autre part mettre sous les yeux du lecteur quelques observations prises dans la grosse collection que nous possédons et que nous devons à l'obligeance de M. De la Mothe. Toutes ces observa-

tions ont trait à des malades hospitalisés au Val-de-Grâce au service des contagieux où le Service de Santé de l'Armée les avait réunis en grand nombre. Les examens bactériologiques ont été pratiqués soit à l'Institut Pasteur, soit, plus souvent, au laboratoire du Dr Bezançon au Val-de-Grâce.

OBSERVATION I

Dysenterie amibienne aiguë

D V. T... quarante-cinq ans, sergent au 18e bataillon de tirailleurs tonkinois.

Ce malade avait eu sa première atteinte en octobre 1916, sur le paquebot qui l'amenait en France. Il est traité par des purgatifs, et a une rechute en janvier 1917 à Paris. Il a 7 selles par jour et continue son service; puis il a 20 selles quotidiennes, glaireuses et sanglantes. Il se fait porter malade et est dirigé sur le Val-de-Grâce où il entre le 27 mars 1917.

A ce moment, le malade présente un appétit très diminué, avec fatigue et faiblesse générale, et sommeil presque nul : poids 47 kilogrammes. La langue est saburrale, les douleurs abdominales vives. La région hépatique est douloureuse : il a du ténesme. Les selles sont diarrhéiques, glaireuses, sanguinolentes, à odeur très fétide. Un examen bactériologique, pratiqué le 28, décèle la présence d'hématies, de leucocytes et d'amibes dysentériques.

On met le malade au thé léger sucré, et le deuxième jour il prend 60 grammes de garcinia par cueillerées à café toutes

les demi-heures. Les selles, qui étaient au nombre de 16 ce jour-là, tombent à 8 le lendemain. Le troisième jour, alimentation au riz et au cacao : une selle. A partir de ce jour, une ou deux évacuations quotidiennes, de consistance pâteuse. Les glaires disparaissent le cinquième jour, et à partir du dixième, les selles sont moulées. Les phénomènes douloureux avaient disparu de pair avec les modifications qualitatives et quantitatives des selles : deux examens de laboratoire, le 17 avril et le 2 mai, se montraient négatifs. Le malade avait pris 6 kgr. 800 en un mois environ.

OBSERVATION II

Porteur de kystes

R. A..., vingt-quatre ans, sergent aviateur.

A été aux Dardanelles en 1915. Etant en permission à Paris en février 1917, a 2 à 3 selles liquides et glaireuses pendant cinq jours. N'a jamais reçu de traitement.

Etant de passage à Paris en avril 1917, il fait appeler le médecin de la Place pour des troubles intestinaux. Il est examiné à Pasteur pour le sang et les selles. L'examen du sang donne : « Recherche des hématozoaires négative, assez forte mononucléose »; celui des selles : « selle moulée, rares kystes dysentériques. » Le malade est dirigé sur le Val-de-Grâce où il entre le 19 avril.

A son entrée on note : aucune douleur abdominale, ni fièvre, ni céphalée. Appétit et sommeil très bons, 1 à 2 selles par jour. Poids : 59 kilogrammes. Il est mis au régime et

reçoit la médication par l'extrait de garcinia. Deux examens pratiqués à quelques jours d'intervalle pendant la durée du traitement, montrent de « très rares kystes ». Le laboratoire se montre ensuite négatif malgré que le malade ait été mis au grand régime.

OBSERVATION III

Association de Trichomonas et d'amibes dysentériques

C. V..., soldat au 7e chasseur à cheval.

La maladie débute à Verdun en septembre 1917 pour des douleurs dans les régions abdominales et splénique, accompagnées de nombreuses selles glaireuses (15 par jour environ). Le malade fait quarante-trois jours d'ambulance, où il est traité par le bismuth et le salol. Il est évacué sur Bar-le-Duc où il reste quarante-deux jours. Il y reçoit douze injections d'émétine et absorbe des pilules de Segond. Il part en convalescence d'un mois le 16 décembre. Au cours de sa convalescence à Paris, il a une rechute le 10 janvier et se présente à la Place. L'examen bactériologique fait à Pasteur donne : « Selles liquides et glaireuses ; trichomonas ; nombreuses amibes dysentériques. » Il entre au Val-de-Grâce le 14.

A ce moment on constate un foie douloureux, des douleurs abdominales, des coliques, 3 à 4 selles quotidiennes. L'appétit est très diminué, le sommeil irrégulier. Poids : 60 kilogrammes. Le traitement lui est appliqué : les selles tombent rapidement à une par jour. Elles sont pâteuses vers le sep-

tième jour et deviennent moulées vers le quatorzième. Le laboratoire donne un résultat négatif et le malade, à qui l'appétit et le sommeil sont revenus, sort au bout d'un mois et demi ayant pris 2 kgr. 500.

OBSERVATION IV

Dysenterie à infusoires du genre Trichomonas

R. P..., trente-trois ans, sergent au 45e d'infanterie.

Ce malade contracte une dysenterie en Macédoine en juillet 1916. Il a 40 selles liquides de sang pur par jour. Hospitalisé à Salonique il reçoit 30 injections de chlorhydrate d'émétine, concurremment à un traitement par les pilules de Segond. Il reçoit de plus cinq injections de sérum antidysentérique, prend de l'élixir parégorique et des lavages intestinaux au nitrate d'argent. Dirigé sur l'hôpital Saint-Mandrier à Toulon il y arrive avec 12 selles quotidiennes et est traité par l'émétine, les purgatifs, les lavages au permanganate et au nitrate d'argent. Après vingt-six jours de traitement il obtient un mois de convalescence qu'il vient passer à Paris. Il a encore cinq à six selles liquides par jour, se fait porter malade à la Place et est examiné à Pasteur. Le laboratoire dit : « Selles glaireuses, pas d'amibes. » Le malade reste cinquante-deux jours à l'hôpital de l'Ecole Polytechnique où il est traité derechef par l'émétine et les lavages de permanganate. Il va de là à l'hôpital de Brie-sur-Seine avec comme diagnostic : « Diarrhée rebelle consécutive à une dysenterie contractée à Salonique. » Il y fait un séjour

de quarante-huit jours et reçoit encore de l'émétine, des purgatifs et des lavages intestinaux. Il est enfin évacué sur le Val-de-Grâce le 2 janvier 1917.

A l'entrée on constate : céphalée, fièvre légère, douleurs abdominales, insomnie. Appétit diminué, faiblesse générale, 5 à 6 selles glaireuses et parfois sanglantes. Poids 72 kilogrammes.

Le laboratoire montre de nombreux infusoires du genre Trichomonas ; pas d'amibes ni de kystes

On applique le traitement au garcinia, et vers le huitième jour les selles, dont le nombre est immédiatement tombé à une ou deux par jour, deviennent moulées. L'appétit revient ainsi que le sommeil, les douleurs ont disparu. Le malade est mis au grand régime et reprend du poids.

OBSERVATION V

Diarrhée à Lamblia

M... A.. vingt ans, soldat au 64e d'infanterie. N'a jamais été aux colonies.

Il est pris le 15 décembre 1916, étant à Douaumont, de diarrhée liquide avec glaires. Douze selles par jour. Evacué avec le diagnostic de « dysenterie clinique », il reste trente neuf jour à l'hôpital de Bar-le-Duc où il reçoit 16 injections de chlorhydrate d'émétine.

Etant en convalescence de vingt jours à Paris, il demande une prolongation. Examiné à Pasteur, le laboratoire donne :

« Selles pâteuses, kystes de Lamblia intestinalis ». Il entre au Val-de-Grâce le 15 février 1917.

Il a 4 selles liquides par jour avec douleurs abdominales. L'appétit est bon, le sommeil régulier. Pas de température. Poids 58 kilogrammes. On ne trouve dans ses selles ni amibes ni kystes amibiens.

On lui administre trois cachets de santonine et de calomel puis la médication à l'extrait de garcinia. Le nombre des selles diminue de suite et les évacuations deviennent dès le neuvième jour tantôt pâteuses, tantôt moulées. A partir du vingt-troisième jour, une à deux selles moulées quotidiennes jusqu'à la sortie. Le malade sort avec un bénéfice de 5 kilos. Deux examens de laboratoire ont été négatifs.

OBSERVATION VI

Entérite chronique chez un ancien colonial

M. A..., trente-sept ans, soldat à la 1re Cie automobile. Colonial depuis 1899 et paludéen. Etant à Saïgon en juillet 1901, il contracte une violente dysenterie traitée par l'ipéca à la brésilienne, et des lavements d'ipéca.

De retour en France il fait de nombreuses rechutes diarrhéiques, traitées par le bismuth, les opiacés, les lavements de nitrate d'argent, l'émétine. Une rechute en décembre 1914 le fait verser dans l'armée auxiliaire. La dernière l'amène au Val-de-Grâce où il entre le 7 février 1917.

A son entrée on constate des douleurs abdominales, du ténesme, de la céphalée, de l'insomnie. L'appétit est diminué ;

le poids est de 69 kgr. 500. Les selles, au nombre de sept par jour en moyennne, sont liquides, contiennent des glaires et du sang. Les examens de laboratoire sont négatifs.

L'application du traitement à l'extrait de garcinia se traduit par une diminution du nombre des selles qui deviennent pâteuses vers le douzième jour. Vers le trente-sixième jour, un peu de sang et des glaires réapparaissent. Le malade prend pendant cinq jours deux cuillerées d'extrait de garcinia. De suite les selles redeviennent pâteuses. Au bout de trois mois, ce malade était considérablement amélioré et avait pris 9 kilogrammes.

Nous venons de montrer six malades dont le pathos intestinal, déterminé par le laboratoire, est différent dans chacun des cas.

Le premier de ces malades est un dysentérique amibien récent en pleine crise aiguë et qui n'a jusque-là reçu aucun traitement sérieux. En quarante-huit heures ce sujet, qui a une garde-robe presque toutes les heures, voit leur nombre, sous l'influence du garcinia, tomber à une ou deux par jour, en même temps que cèdent les phénomènes algiques, et que les matières reprennent une consistance normale. L'état général s'améliore rapidement, le poids se relève de 6 kgr. 500, et le laboratoire confirme d'autre part cette guérison clinique.

Le second de nos malades est un porteur de kystes; catégorie de sujets sur laquelle la majorité des auteurs a appelé l'attention ces derniers temps, en

raison du danger de dissémination de la maladie. Cet homme se plaint de phénomènes abdominaux vagues accompagnés de temps à autres de courtes crises diarrhéiques. Il est allé aux Dardanelles et c'est là sans doute l'origine de son mal. Son état général est bon et il n'a jamais eu de crise aiguë. Il possède probablement un tube digestif constituant un milieu peu favorable à la pullulation de l'amibe, car cette dernière ne s'y montre que sous sa forme de résistance, sous l'aspect kystique. Soumis à l'action du garcinia, le laboratoire met en lumière la raréfaction des kystes et enfin leur disparition.

Nous montrons dans notre troisième observation un sujet porteur d'une symbiose amibe-trichomonas d'origine autochtone, précédemment traitée par le traitement classique à l'émétine. Là encore l'influence du garcinia est rapide et complète tant sur les signes cliniques de l'affection que sur la flore intestinale.

Nous avons cité à côté de ce malade un quatrième sujet chez qui l'amibe ne semble pas devoir être incriminée, aucun des examens n'en ayant décelé dans les selles. Il a fait un stage dans chacun des hôpitaux, rencontrés sur son chemin depuis son départ de l'armée d'Orient. Toute thérapeutique s'est montrée décevante durant cent jours de présence dans les hôpitaux parisiens. La médication au garcinia obtient en quelques jours le résultat cherché, après que le laboratoire ait fixé la nature de la maladie en montrant la présence de nombreux trichomonas dans les déjections.

Notre observation V montre un cas de « dysenterie clinique » dont l'agent causal est Lamblia intestinalis, et nous avons insisté au précédent chapitre sur la résistance de ce parasite aux divers traitements (J. Carles). La médication au garcinia s'est encore montrée ici efficace sous condition d'administrer au malade pendant trois jours, avant de l'appliquer, un des cachets suivants:

Santonine..... 0 gr. 05
Calomel..... 0 gr. 10
pour 1 cachet

En fait, notre malade vit les manifestations de sa maladie disparaître, dans un temps il est vrai plus long que dans les cas précédents, et son état général, fort compromis par deux mois de diarrhée, se relever bientôt. Il augmentait de 5 kilogrammes, et deux examens des selles demeuraient négatifs.

Pour clore la série de ces parasitaires, amibiens ou autres, notre observation VI rapporte l'histoire d'un vieux colonial, ancien paludéen et dysentérique, chez qui les rechutes de l'amibiase ne se comptent plus. Entéritique chronique aux selles liquides et glaireuses, parfois sanguinolentes, dans lesquelles le microscope ne décèle rien, il a épuisé la théorie des médicaments en usage, et nous avons vu la régularisation de son régime intestinal sous l'influence de l'extrait de garcinia, avec, comme conséquence, un heureux relèvement de son état général.

D'après les observations ci-dessus, prises parmi beaucoup d'autres, il résulte que l'extrait de garcinia possède sur le syndrome dysenterie une action manifeste des plus heureuses en ce qui concerne la flore intestinale, avec comme conséquence un amendement souvent fort rapide des symptômes morbides.

Tout d'abord c'est le nombre des selles qui est le premier influencé. L'on voit couramment des malades ayant vingt garde-robes et plus chaque jour, qui, le lendemain de leur traitement se présentent une ou deux fois seulement à la selle, résultat inconnu avec d'autres médications, et qui ne peut être comparé qu'à celui obtenu avec le sérum dans la dysenterie bacillaire.

Cependant qu'apparaît la régularisation du flux intestinal, se manifeste la cessation des douleurs abdominales et du ténesme, et l'on connaît assez l'intensité de ces symptômes pour se représenter quel soulagement le malade peut éprouver lorsqu'ils disparaissent.

Du même coup lui est rendu le sommeil, condition indispensable d'un bienfaisant repos, acheminement vers un fonctionnement régulier de tout son organisme.

Les modifications macroscopiques des évacuations se font attendre un peu plus, et c'est vers le septième jour qu'on voit apparaître pour la première fois une selle de consistance solide. Néanmoins leur aspect a pu déjà changer et le sang et les mucosités qu'elles

contenaient diminuer ou disparaître. Ce n'est que vers le treizième jour que les matières, déjà vraiment fécaloïdes, prennent l'aspect moulé caractéristique du retour à l'état normal. A ce moment l'appétit est revenu au sujet, qui, soumis au régime alimentaire ordinaire, ne tarde pas à réparer ses pertes au cours d'une convalescence de durée variable suivant les cas.

Cette évolution s'observe dans la majorité des cas, et nous en avons de bons exemples dans les observations que nous avons citées.

Par quel mécanisme s'opère cette transformation rapide d'un état morbide qui bien souvent, a résisté à des médications antérieures énergiques et variées ?

La réponse à cette question peut être trouvée dans les nombreux examens microscopiques sous le contrôle desquels le traitement a été appliqué chez les malades du Val-de-Grâce.

En principe ces malades n'étaient traités qu'après un examen de laboratoire destiné à établir le diagnostic de la cause du syndrome, et d'autres examens étaient pratiqués pendant la durée de la cure. Or, d'une façon régulière on assistait au cours de ces recherches microscopiques à la diminution du nombre des parasites, amibes ou infusoires, puis bientôt à leur disparition. Les malades n'étaient faits sortants qu'après deux examens consécutifs restés négatifs.

Tablant sur ces faits, et malgré que nous ne possédions pas d'expériences faites *in vitro*, nous sommes amené à penser que l'extrait de garcinia est doué

de propriétés parasiticides énergiques. Il n'est pas jusqu'aux kystes amibiens, dont tous les auteurs s'accordent à signaler la résistance aux actions médicamenteuses, qui n'aient été heureusement touchés par ce médicament, et notre observation II en fait foi. De plus, la grosse majorité des malades hospitalisés au Val-de-Grâce étaient des dysentériques déjà anciens, ayant souvent subi les médications les plus diverses comme les plus réputées. Ils étaient atteints de ces dysenteries rebelles que connaissent depuis longtemps les médecins coloniaux, et il n'est pas indifférent de signaler à l'actif du garcinia que, si plusieurs de ces malades ont été peu influencés, c'est sur un semblable groupement pathologique qu'il a obtenu ses succès. Notre observation VI est un cas particulier de ce groupement et qui n'est pas fait pour aller à l'encontre de la conception de l'action antiseptique du garcinia. Cet entéritique chronique porte sur sa muqueuse intestinale des lésions d'inflammation chronique dues à une ancienne infection, amibienne ou autre, suivie de nombreux réveils, et qui sont entretenues par les germes nombreux, hôtes habituels ou fortuits du milieu digestif. Les crises subaiguës de diarrhée sont calmées rapidement par le garcinia qui, agissant ici directement sur ces germes, fait marquer un temps d'arrêt aux symptômes morbides. Il ne peut être question dans ce cas d'influencer vraiment les lésions anciennes des tissus, qui restent un lieu d'éclosion tout préparé aux futures pullulations microbiennes.

C'est donc surtout dans son action antiseptique que nous plaçons les mérites du garcinia.

Ce médicament possède-t-il une action cicatrisante propre sur les ulcérations de l'intestin ?

Cela est possible ; mais la disparition du sang dans les selles de nos malades, sang qui témoigne de l'existence de ces lésions, ne peut-il être également mis sur le compte de l'élimination de l'agent causal de l'affection, élimination permettant à la muqueuse de réparer les ulcérations qu'y entretenait le parasite ?

Faut-il également parler d'une action tonique générale du garcinia ?

En l'absence de toute autre donnée, nous pensons volontiers pour notre part que le relèvement de l'état général consécutif à la médication, est dû à la suppression de l'intoxication de l'organisme, en même temps qu'à l'alimentation plus riche du malade, rendue possible par l'action locale du médicament. En effet, la guérison des ulcérations ferme la porte à l'absorption massive des produits solubles des agents parasitaires ou microbiens, eux-mêmes détruits ou modifiés. Partant, la toxémie à point de départ intestinal disparaît, la muqueuse recouvre ses fonctions, l'assimilation se fait mieux.

CONCLUSIONS

Nous basant sur la précédente étude, nous pensons qu'un nouveau médicament vient d'acquérir droit de cité dans notre bagage thérapeutique, et l'on peut pour son emploi poser les indications suivantes :

1° Tous les cas de dysenterie aiguë sauf les cas de dysenterie bacillaire où le sérum doit lui être naturellement préféré ;

2° Le cas exceptionnel de dysenterie bacillaire rebelle au sérum ;

3° Le cas devenu chronique de dysenterie des pays chauds au moment des crises aiguës ou subaiguës ;

4° Celui de dysenterie chronique dans l'intervalle des crises, pour modifier le milieu digestif et régulariser la fonction ;

5° Tous les cas de porteurs de kystes amibiens, où la médication constituera une excellente prophylaxie sociale ;

6° Les cas d'entérite aiguë non modifiés par les traitements usuels, à titre d'antimicrobien et d'antiparasitaire.

Il serait utile que nous ayons dans la suite des

observations faisant connaître quel parti on peut tirer du garcinia dans les entérites banales de nos pays ainsi que dans les diarrhées des nourrissons.

Il est à souhaiter également que des précisions nous soient données sur l'action biologique et thérapeutique de ce médicament qui mérite dès maintenant de retenir l'attention et d'entrer dans la pratique, laquelle, par son jeu incessant nous fixera définitivement sur ce point particulier de la thérapie que nous avons envisagé dans cette thèse.

Vu : le président de la thèse
HUTINEL

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Ameuille (*P.*). — Sur la dysentérie amibienne autochtone (Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, 1916, p. 390-392).

Bruynoghe (*R.*). — La dysenterie (Revue de Médecine de Louvain, 1914, p. 129-138).

Cade (*A.*) *et Vaucher*. — Amibiase dysentérique ; trois cas d'abcès du foie (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1915, p. 321-332).

Carles (*J.*). — Dysenterie amibienne chronique et iodure double d'émétine et de bismuth (Paris médical, 1918, n° 49).

Denier (*A.*). — La dysenterie à Saïgon (Archives de Médecine et de Pharmacie navales. Paris, 1914, p. 120-127).

— La dysenterie bacillaire à Saïgon (Bulletin de la Société de Pathologie exotique. Paris, 1915, p. 720-725).

Dopter. — Les dysenteries ; in Encyclopédie scientifique du Dr Toulouse. O. Douin, édit.

— La dysenterie bacillaire en Indo-Chine (Paris médical, 1912, n° 33).

— Une épidémie grave de dysenterie bacillaire ; sérothérapie antidysentérique (Paris médical, 1912, n° 43).

— Diagnostic bactériologique de la dysenterie bacillaire (Paris médical, 1912, n° 48).

— Traitement de la dysenterie amibienne par l'émétine. (Paris médical, 1914, n° 15).

— Prophylaxie de la dysenterie bacillaire (Paris médical, 1915, n° 11-12).

— La dysenterie bacillaire dans les armées en campagne (Paris médical, 1915, n° 51).

Escomel (*E.*). — A propos d'un phénomène biologique de l'amibe dysenterique (Bulletins de la Société de Pathologie exotique. Paris, 1915, 573).

Flandrin (*C.*). — La dysenterie amibienne et son traitement (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique. Paris, 1914, 561-569).

Florand (*A.*) *et Malleterre* (*F.*). — Soixante-cinq cas de dysenteries rebelles récidivantes avec guérison (Société médicale des Hôpitaux, 2 février 1917).

Girod. — Colites dysentériformes (Revue générale de Chirurgie et de Thérapeutique. Paris, 1916, p. 128).

Grall et Hornus. — La dysenterie bacillaire à Casablanca (Paris médical, 1912, n° 36).

— Coprologié des dysenteries (Paris médical, 1914, n° 28).

Job (*E.*). — Dysenteries bacillaires et injections à paratyphiques B (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1915, p. 870-873).

Job (*E.*) *et Ernoul* (*M.-I.*). — Un cas de dysenterie amibienne autochtone (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1915, n^{os} 29-30).

Labbé (*M.*). — Traitement des porteurs d'amibes dysentériques (Paris médical, 1918, n° 49).

Lagasse (*L.*). — Diagnostic et traitement de la dysenterie amibienne (Presse médicale. Paris, 1914, p. 465-469).

Mathieu (*A.*). — Traitement des colites dysentériques aiguës et subaiguës (Presse médicale, 15 octobre 1914).

Milian. — Le traitement de la dysenterie amibienne par le 606 (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1915, p. 950).

Noc (*F.*). — Maladies infectieuses exotiques, in Bibliothè-

qué de Thérapeutique de Gilbert et Carnot. J. B. Baillière, édit.

— Les dysenteries tropicales et leur traitement spécifique (Revue d'hygiène, 1915, n° 7).

— Parasitisme intestinal en Cochinchine ; contribution à l'étude des dysenteries indo-chinoises (Bulletin de la Société de Pathologie exotique. Paris, 1915, p. 208-211).

Parhon (*C.-J.*). — L'adrénaline dans le traitement de la dysenterie (Société de Biologie, 1915, p. 527-529).

Plicque (*A.-F.*). — Les principales variétés de dysenteries aiguës (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique. Paris, 1915, p. 321-332).

Rathery et Fourniols. — Quelques réflexions touchant le traitement des dysenteries (Société médicale des Hôpitaux, 1916, p. 133-140).

Ravaut. — Syphilis, paludisme, amibiase. Traitement initial et cure de blanchiment. Collection horizon, 1918. Masson et Cie, édit.

Ravaut et Kronulitzki. — Epidémie de dysenterie amibienne ; traitement par l'arsenobenzol (Société médicale des hôpitaux, 1915, n° 29-30).

Remlinger. — Syndrome capsulaire aigu au cours de la dysenterie bacillaire (Annales de Médecine. Paris, 1914-1915, p. 605-620).

Remlinger et Dumas. — Insuffisance surrénale au cours de la dysenterie (Société de Biologie. Paris, 1915, 433-435).

— La dysenterie de l'Argonne (Annales de l'Institut Pasteur, 1915, n° 10).

Richet (*C.*) *fils.* — Contagion de la dysenterie amibienne dans la zone tempérée (Société médicale des Hôpitaux, 1915, 1199).

Roussel (*L.*). — Les associations de l'amibe et des bacilles dysentériques (Société médicale des Hôpitaux. 1916, 261-273).

Sartory (*A.*). — La dysenterie bacillaire (Mouvement médical. Paris, 1914, 135-140).

Sacquepée, Burnet et Weissenbach. — Bactériologie des cas de dysenterie et de diarrhée observés dans la IVe armée (Réunion des médecins de la IVe armée, 16 juillet 1915).

— Diarrhée et dysenterie des armées en campagne (Paris médical, 1915, n° 11-12).

Tribondeau et Fichet. — Résultats de l'analyse bactériologique des selles dans 217 cas de dysenteries provenant du corps expéditionnaire d'Orient (Bulletin de l'Académie de Médecine, 1916, n° 11).

Van der Branden et Dubois. — L'amibiase et son traitement par l'émétine à l'hôpital des noirs (Leopoldville, Congo belge) (Bulletin de la Société de Pathologie exotique. Paris, 1915, 332-338).

Vincent (*H.*) *et Muratet* (*L.*). — Dysenterie, choléra et typhus. Collection horizon, 1917. Masson et Cie, édit.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 5016-19

256

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE